MEDICAL BOARD OF CALIFORNIA

Central Complaint Unit
1426 Howe Avenue
Sacramento, California 95825
1-800-633-2322
(916) 263-2424 – Fax (916) 263-2435

FORMA DE QUEJA DEL CONSUMIDOR

Instrucciones para completer la Forma de Queja

- ✓ Llene el nombre por complete, el domicilio, numero de telefono, numero de licencia (si lo sabe) de la persona con quien usted tenga la queja. Tambien escribe ese informacion en la primera seccion de la forma de Autorizacion Para Revelar los Expidientes incluyendo la fecha de tratamiento que esta en el lado invertido de esta forma.
- ✓ Si el paciente ha visto otro medico con respecto al mismo problema, incluye el nombre, domicilio y la fecha del tratmiento en la seccion de la forma de Autorizacion.
- ✓ Explique en orden cronologico los detalles de su queja. Ademas, por favor incluya las fechas en que usted recibio el tratamiento. Es importante que usted sea especifico(a) con respecto a las alegaciones (quien, cuando, como, donde, porque) sobre el tratamiento deficiente. Adjunte una copia de cualquier documento(s) que puedan server de apoyo, que usted tenga en su posesion que puedan ser copias de expidientes, fotos, correspondencia, etc. El no describir en detalle su queja, pudiera resultar en retasos innecesarios cuando sea revisada. Utilice hojas addicionales de papel si es necesario.
- ✓ Firme y escribe la fecha en el fondo de la pagina de al queja y en la Forma de Authorizacion.

Authorizacion para Revelar Informacion Medica

La autorización para el lanzamiento de la información médica encontró en el dorso de los detalles de la queja que la forma es una autorización legal para que el personal del Consejo Medica de California obtenga la información sobre el cuidado del paciente de los doctores y/o de las instalaciones médicas implicados en la asistencia médica. CUALQUIERES COMENTARIOS, NOTACIONES, ETC. ADICIONALES ANULARAN LA AUTHORIZACION Y TENDREMOS QUE PEDIR QUE USTED LLENE OTRO FORMULARIO. Si usted desea proveer de nosotros la información adicional, haga por favor tan con una hoja separada del papel. Si hay más de cuatro médicos o instalaciones médicas, usted puede ser copias la forma en blanco para tener bastantes espacios. Cuando este llena el formulario y se firma, usted permite que el Consejo Medico de California pida expedientes SOLAMENTE de los doctores o las instalaciones que usted ha nombrado en la forma de Authorizacion Medica.

Imprima o con letra de imprenta ponga el nombre del paciente, la fecha de nacimiento, la fecha de la muerte, y el número de registro médico si es aplicable. Si necesitamos entrarle en contacto con para clarificar su información, retrasará el proceso de la revisión. COMPLETE EL NOMBRE COMPLETO Y LA DIRECCIÓN DE LA PERSONA CON QUIEN USTED SE ESTÁ QUEJANDO ALREDEDOR EN LA PRIMERA SECCIÓN. Complete los nombres y las direcciones de el resto de los abastecedores del cuidado médico donde vieron al paciente para los problemas médicos en esta queja específica (los doctores y/o las clínicas o los hospitales, etc.) usar las otras secciones en la foma de authorizacion médico.

NOTA: La forma de authorizacion debe ser firmada por el paciente o el individuo autorizado legalmente a tomar las decisiones médicas para el paciente. Si el paciente no puede firmar la forma de authorizacion se puede firmar cerca: 1) el siguientes de parentescos, si el paciente es difunto (proporcionan una copia de el certificado de defunción); 2) el padre de un niño de menor importancia; o 3) la persona nombrada por el paciente “Power of Attorney” que concede la autoridad de la persona para tomar las decisiones médicas para el paciente (proporcione una copia de este documento).

MEDICAL BOARD OF CALIFORNIA
FORM DE QUEJA DEL CONSUMIDOR

PERSONA REGISTRANDO LA QUEJA

Por favor de escribir con letra de imprenta o a maquina

☐ Sr. ☐ Sra.

Nombre: _____
(Apellido) (Nombre) (Inicial)

Direccion: _____

_____
(Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Numero de Telefono: _____
(Casa) (Trabajo) (Cellular/E-mail)

☐ Sr. ☐ Sra.

Nombre de Paciente: _____
(Apellido) (Nombre) (Inicial)

Fecha de Nacimiento del Paciente: _____ **Su Relacion al Paciente:** _____

NATURALEZA DE LA QUEJA

Compruebe por favor la caja que describe lo más mejor posible la naturaleza de su queja y proporcione los detalles en la página siguiente

☐ **Cuidado inferior al nivel normal** (e.g., Misdiagnosis, el tratamiento negligente, retrasa en el tratamiento, etc.)

☐ **Ediciones que Prescriben**

☐ **Abastecedor sin Licencia o unlicensed practice**

☐ **Mala Conducta Sexual**

☐ **Debilitacion de Medico/Abastecedor** (e.g., Droga, Alcohol, Mental, Fisico)

☐ **Conducta Poco Profesional** (e.g., Tracero de la Confianza, Alteracion de Archivo, Fraude, Arresto, o conviccion)

☐ **Practica del Officina** (e.g., Falta de proporcionar Expidientes al Paciente, Falta de firmar Cetificado de Defuncion, Abandono del Paciente)

Otro: _____

Aviso**: La información incluida en la forma de la queja se solicita por la sección 2220 del negocio y del Código de las Profesiones (Business and Professions Code). A excepción del nombre del médico, toda la información solicitada es voluntaria, pero la falta de proporcionar la información solicitada puede retrasar o prevenir la investigación de su queja. Proporcione tanta información como sea posible en la conexión con la queja. La información sobre la forma de la queja será utilizada en parte para determinarse si ha ocurrido una violación de la ley del estado. Si se verifica una violación, la información se puede transmitir a otras agencias de estatal, incluyendo a oficinas del Fiscal General de California (Attorney General).**

Deseo quejarme por el individuo nombrado abajo. Entiendo que El Consejo Médico no asiste a los ciudadanos que buscan vuelta de su dinero o de otros remedios personales, sin embargo, estoy sometiendo esta información para poder determinarse si la acción disciplinaria contra la licencia de este médico debe ser considerada
.

Marque uno:

☐ **Physician (M.D.)** ☐ **Podiatrist (DPM)** ☐ **Physician Assistant (PA)** ☐ **Registered Dispensing Optician (RDO)** ☐ **Midwife** ☐ **Unlicensed Provider**

QUEJA REGISTRADA CONTRA **Por favor de escribir con letra de imprenta o a maquina**

Nombre: _____
(Apellido) (Nombre) (Inicial)

Nombre de Officina/Facilida: _____ **Numero de Licensia**: _____

Direccion: _____
(Domicilio) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Numero de Telefono: ( ) _____

Tiene haber examinado o haber tratado por otro profesional para eata misma condicion?

☐ **No** ☐ **Si** **Si si proporcione el nombre y la direccion en la autorizacion para el lanzamiento de la informacion medica**

Razon por Tratmiento: _____

Fecha(s) de Tratamiento: _____

DETALLES DE LA QUEJA

(Adjunte hojas adicionales si es necesario)

State of California Department of Consumer Affairs

MEDICAL BOARD OF CALIFORNIA

AUTHORIZACION PARA EL LANZAMIENTO DE LA INFORMATION DEL SALUD DEL PACIENTE.

Nombre Paciente:_____ Fecha de Nacimiento: _____

Medical Record No._____ Fecha de Disfuncion:_____
(Si applica) (Si applica)

Control No. _____ Seguro Social #:_____
(Optcional)

Yo, el suscrito por medio de la presente autorizo: (*Por Favor ponga un medico/facilidad separada en cada cajay***)**

Medico _____

Direccion _____

Numero Telefonico(s)_____ Fecha de Tratamiento(s)_____

Medico/Facilidad _____

Direccion_____

Numero Telefonico(s)_____ Fecha De Tratamiento(s)_____

Medico/Facilidad_____

Direccion_____

Numero Telefonico(s)_____ Fecha de Tratamiento(s)_____

Medico/Facilidad_____

Direccion_____

Numero Telefonico(s)_____ Fecha de Tratamiento(s)_____

para proporcionar expedientes en el curso de mi diagnosis y tratamiento, incluyendo expedientes médicos, psiquiátricos, del alcohol y de la droga del abuso del paciente (original y/o electronic/computer generados) a el CONSEJO MÉDICO DE CALIFORNIA, PROGRAMA de la APLICACIÓN, una agencia del descuido del healthcare. Este acceso de los expedientes autorizados adjunto se requiere para el uso oficial, incluyendo la investigación y procedimientos administrativos posibles con respecto a cualquier violación de los leyes del estado de California.

Esta autorización seguirá siendo válida hasta que el Consejo Médico de California del estado de California termina su investigación y procedimientos resultantes de la investigación. Una copia de esta autorización será tan válida como la original. Entiendo que tengo derecho de recibir una copia de esta autorización si pedido por mí. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización enviando la notificación escrita a el Consejo Médico de California, 1426 Howe Avenue, #93, Sacramento, CA, 95825. Mi revocación escrita será eficaz sobre recibo del Consejo Médico de California pero no será eficaz hasta el punto de tales personas hayan actuado en confianza sobre esta autorización. Entiendo que el recipiente de mi información no es un plan de la salud o abastecedor del cuidado médico y la información lanzada se puede proteger no más de largo por regulaciones federales de la aislamiento. Una copia de esta autorización será tan válida como la original.

Entiendo que tengo una derecha de recibir una copia de esta autorización si pedido por mí.

Firma: _____ _____
Paciente Fecha

o

_____ _____
Representante Legal Parentesco Fecha

NOTE TO THE PROVIDER: Failure by a physician, podiatrist or health care provider to provide the requested records within 15 days, or health care facility in 30 days, of receipt of this request and authorization may constitute a violation of Section 2225.5 of the Medical Practice Act and may result in further action of the Board. This release is compliant with the requirements of HIPAA and Civil Code Section 56.11.